

© Егорова Л.В., Данилова Е.Б., 2023

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 159.9.072

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-64-71>

## Шкала Leiter-3 как инструмент обследования детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы

Людмила Владимировна Егорова, Евгения Борисовна Данилова

РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Людмила Владимировна Егорова, bel-duh@yandex.ru

### Резюме

**Обоснование:** помощь детям с эмоционально-волевыми расстройствами требует эффективных методов психологической диагностики, однако обследование стандартными методами этой группы детей часто оказывается проблематичным. Применение теста Leiter-3 дает возможность получить представление о перспективах стандартизированной диагностики в этих клинических ситуациях. **Цель:** оценка возможностей применения батареи Leiter-3 при обследовании группы детей с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями. **Пациенты и методы:** в исследовании приняли участие дошкольники и подростки с эмоционально-волевыми нарушениями (всего 41 человек), посещающие групповые коррекционные занятия в РБОО «Центр лечебной педагогики» (Москва). Проведено пилотное исследование невербального интеллекта при помощи теста Leiter-3. **Результаты:** выявлен ряд проблем при использовании методики в данной группе. Сложности связаны с особенностями детей — трудностями в установлении контакта, взаимодействия, коммуникации (в том числе невербальной), принятия ситуации обследования, сосредоточения на задании и др. Многие из них преодолеваются за счет небольших модификаций методики и соблюдения ряда условий при тестировании. **Выводы:** методика Leiter-3 может быть успешно использована для оценки уровня интеллектуального развития детей, имеющих выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы, однако в некоторых случаях целесообразно применить индивидуальный подход и модифицировать процедуру обследования с учетом особенностей ребенка. Результаты второго этапа диагностического использования теста Leiter-3 в динамике будут освещены в следующей публикации.

**Ключевые слова:** Leiter-3, психодиагностика, стандартизированные тесты, интеллект, невербальный интеллект, дошкольный возраст, подростки, РАО

**Финансирование:** исследование проводится при финансовой поддержке Благотворительного фонда Сбербанка «Вклад в будущее». Договор ИС/09-2021 о предоставлении целевого гранта в рамках реализации благотворительной программы «Инклюзивная среда» от «05» октября 2021 г.

**Для цитирования:** Егорова Л.В., Данилова Е.Б. Шкала Leiter-3 как инструмент обследования детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы. *Психиатрия*. 2023;21(2):64–71. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-64-71>

RESEARCH

UDC 159.9.072

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-64-71>

## Leiter-3 Scale as Instrument for Assessment of Children with Emotional-Volitional Disorders

Liudmila V. Egorova, Eugeniya B. Danilova

Center of Curative Pedagogics, Moscow, Russia

Corresponding author: Liudmila V. Egorova, bel-duh@yandex.ru

### Summary

**Background:** assistance to children with emotional and volitional disorders requires effective methods of psychological assessment. However, using standard diagnostic methods in this regard is often considered problematic. Successful application of a standard Leiter-3 test in the described sample provides a valuable insight into the prospects for standardized diagnostics in this area. **Aim:** to evaluate the possibilities of using the Leiter-3 battery for examining a group of children with severe emotional and volitional disorders. **Patients and methods:** the study involved preschoolers and adolescents with emotional and volitional disorders (41 people in total) attending group remedial classes at the Center of Curative Pedagogics (Moscow). A pilot study of non-verbal intelligence was carried out using the Leiter-3 test. **Results:** we have identified a number of problems that make it difficult to use the technique in this group. They are associated with certain traits of the children involved — difficulties in

contact, interaction, communication (both verbal and non-verbal), acceptance of the examination situation, focusing on the task, etc. Many of these problems could be solved by slightly modifying the methodology and maintaining certain conditions during testing. **Conclusions:** the Leiter-3 method can be successfully used to assess the level of intellectual development of children with severe emotional and volitional disorders. However, in some cases it is advisable to apply an individual approach and modify the examination procedure taking into account the characteristics of the child. Further research is needed to verify results obtained that way.

**Keywords:** Leiter-3, psychodiagnostics, standardized tests, intelligence, nonverbal cognitive abilities, preschool children, adolescents, ASD

**Funding:** the research protocol was approved by the Sberbank Charitable Foundation "Contribution to the Future". Contract ИС/09-2021 on providing a targeted grant as part of the implementation of the charity program "Inclusive Environment" dated October 05, 2021.

**For citation:** Egorova L.V., Danilova E.B. Leiter-3 Scale as Instrument for Assessment of Children with Emotional-Volitional Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(2):64–71. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-64-71>

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики в области помощи детям с нарушениями эмоционально-волевой сферы (ЭВС) не утрачивает своей актуальности. Несмотря на то что в последние годы разработано множество диагностических методик, специалисты по-прежнему нередко испытывают трудности при постановке конкретного диагноза, а также в определении картины имеющихся у ребенка нарушений, состояния его сенсомоторной, познавательной и эмоционально-волевой сфер [1]. Это связано в первую очередь с неоднородностью расстройств у детей этой группы. Сложности эмоциональной и волевой регуляции могут возникать при различных неврологических нарушениях (при эпилепсии, церебральном параличе), генетических аномалиях, психических и поведенческих расстройствах, к которым относят расстройства аутистического спектра (РАС), нарушения развития речи и языка, интеллектуальные нарушения и др. [2]. Нередко дети с подобными проблемами остаются вне поля зрения врачей и не имеют официального диагноза.

Вторая причина проблем, с которыми сталкивается диагност, связана с особенностями, характерными для ребенка с нарушениями ЭВС, — трудностями в установлении контакта, во взаимодействии и организации поведения. Все это может сделать затруднительным участие ребенка в обследовании, или результаты его деятельности не будут отражать в полной мере его возможностей [3, 4], поэтому в практике дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы часто не обследуются стандартизированными методиками [5].

Описанная ситуация определяет те высокие требования, которые предъявляются к подбору подходящих диагностических методик. Они должны подходить для обследования детей, сильно различающихся по уровню своих возможностей: речевых, моторных, интеллектуальных и др. Также важным критерием оказывается доступность для выполнения детьми, испытывающими выраженные трудности при прохождении тестов в целом. Иногда заранее оценить пригодность теста для конкретной группы детей только теоретически бывает затруднительно.

В этой публикации мы приводим описание и результаты пилотного исследования с применением

международной шкалы продуктивности Leiter-3 [6] на выборке детей с нарушениями ЭВС. Это пилотное исследование является частью более масштабной работы по оценке эффективности психолого-педагогического вмешательства. Здесь будет описан только первый ее этап. Он посвящен подбору диагностических методик, которые позволили бы объективно описать выборку детей с расстройствами ЭВС, посещающих групповые занятия в центре. Второй, основной, этап предполагает обследование экспериментальной группы и оценку в динамике конкретных навыков, на развитие которых направлена коррекционная работа. Полученные на втором этапе исследования результаты станут предметом рассмотрения в нашей следующей статье. Здесь же мы приводим результаты первого этапа, включающие феноменологическое описание специфики проведения Leiter-3 при обследовании указанной группы детей, а также рекомендации по процедуре проведения теста и интерпретации данных.

Предварительно при описании выборки для оценки интеллекта была выбрана Международная шкала продуктивности Leiter-3, для оценки адаптивного поведения — шкалы адаптивного поведения Вайнленда, также было решено использовать социально-коммуникативный опросник для оценки выраженности аутичных черт. Эти стандартизированные и современные методики были выбраны с целью объективного описания выборки. Для оценки успешности коррекционного процесса в динамике потребовалась разработка чек-листов, включающих перечень навыков, на которые направлено психолого-педагогическое воздействие.

На первом этапе было важно оценить возможности использования в наших условиях методики Leiter-3. В то время как применение опросников и чек-листов не предполагало сложностей, выполнение батареи тестов могло оказаться недоступным для этой группы детей.

В норме дети старшего дошкольного возраста успешно справляются с выполнением серий тестовых заданий за столом при условии, что задания эти соответствуют возможностям и интересам ребенка [7]. Эта способность обеспечивается как достаточным для прохождения тестирования уровнем саморегуляции, так и сформированными у дошкольника навыками общения для взаимодействия с экспериментатором [8].

Соответственно, не вызывает существенных проблем и тестирование нормативно развивающихся подростков. Однако, учитывая особенности нашей выборки, описанные ниже, мы выбрали тест, имеющий широкий возрастной диапазон и предназначенный для обследования детей в возрасте от трех лет, что должно было компенсировать возможное несоответствие способности выполнить тест упомянутым возрастным нормам.

В первую очередь нас интересовали следующие вопросы.

- Способен ли ребенок принять ситуацию обследования, включиться во взаимодействие с экспериментатором?
- Можно ли рассматривать ответы ребенка как адекватные, дающие представление о его познавательных возможностях?
- С какими сложностями сталкивается ребенок при выполнении тестовых заданий?
- Какие варианты модификации стандартной процедуры могли бы помочь ребенку преодолеть имеющиеся трудности и справиться с доступными ему заданиями?

Для ответа на эти вопросы нами была в рамках пилотного исследования протестирована группа детей, участие которой в основном этапе не планировалось. Результаты пилотного исследования были учтены на втором этапе, в процедуру обследования внесены изменения, не искажающие содержания самих заданий и не противоречащие методическим указаниям [6].

#### Этические аспекты

Во всех случаях получено информированное согласие родителей детей на участие в обследовании. Исследование одобрено Экспертно-методическим советом РБОО «Центр лечебной педагогики» (протокол № 5 от 17 ноября 2022 г.) и проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации ВМА 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг.

#### Ethic aspects

The parents of all examined children signed the informed consent to take part in a study. This study was approved by the Expert Methodological Board of Regional charitable public organization "Center of Curative Pedagogics". This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013.

### ОПИСАНИЕ ВЫБОРКИ ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

В исследовании участвовали дети, посещающие групповые занятия в РБОО «Центр лечебной педагогики» (Москва). Имея различные диагнозы, дети демонстрировали трудности в обучении и тестировании, в целом схожие с проблемами, описанными для выборки детей с РАС [9, 10]. Эти сложности преодолели при отсутствии жестких требований к процедуре обследования [4], но представляют серьезную проблему при использовании стандартных тестов. В нашем случае специфика выборки не позволяла применить

наиболее часто используемый тест Векслера, но оставляла надежду на успешное использование Leiter-3 с минимальными модификациями процедуры тестирования.

**Возраст обследованных.** В исследовании принимали участие дети 5–8 лет, посещающие игровые группы и группы подготовки к школе. Кроме того, были обследованы подростки 12–15 лет, посещающие группу общения и профориентации (табл. 1).

**Диагнозы.** Испытуемые преимущественно имели диагнозы РАС и задержки психоречевого развития, реже — синдром дефицита внимания и гиперактивности, эпилепсия, детский церебральный паралич, генетические синдромы, а также сочетание этих диагнозов.

Общей особенностью психического состояния детей было наличие выраженных нарушений развития эмоционально-волевой сферы. Для них были характерны следующие нарушения поведения — расторможенность, трудности концентрации внимания, импульсивность, тревожность, агрессия, слабость самоконтроля, повышенная чувствительность, стереотипность поведения и др. В данном исследовании не участвовали дети с тяжелыми множественными нарушениями развития и выраженными двигательными расстройствами, не позволяющими выполнять задания теста.

**Средства коммуникации.** Большинство испытуемых пользовались речью для коммуникации, при этом уровень развития экспрессивной речи варьировался от отдельных лепетных слов до развернутой фразовой речи. Небольшая часть детей использовала для коммуникации карточки. Понимание детьми речи также различалось — от грубо нарушенного (отсутствие ориентации на речь, невозможность выполнения простейших инструкций) до полностью сохранного.

**Возможности адаптации.** Обследованные дети посещали групповые занятия, но испытывали в группе трудности адаптации, связанные с нарушениями эмоционально-волевой сферы. Вместе с тем они имели успешный опыт индивидуальных познавательных занятий за столом при соблюдении гибкого индивидуального подхода.

**Работоспособность.** Для обследованной группы детей было характерно выраженное снижение работоспособности. Истощаемость и неустойчивость произвольного внимания, инертность психических процессов и неустойчивость эмоционального состояния существенно затрудняли их участие в занятиях. В связи с этим для каждого из них педагогами создавались гибкие условия, включающие опору на интересы ребенка, частую смену видов деятельности, использование наглядных опор и игровых приемов, внесение дополнительных перерывов на отдых и т.п.

**Уровень интеллектуального развития.** Точные данные, позволяющие оценить уровень интеллектуальных возможностей детей до начала исследования, отсутствовали. Поскольку общеупотребимый в современной российской практике тест Векслера WICS-IV для

большей части выборки не подходил из-за сложных вербальных инструкций и большого количества субтестов, уровень интеллекта этих испытуемых никогда прежде не был объективно измерен. На основании заключений специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение, можно отметить, что интеллект дошкольников, вошедших в исследование, в среднем был близок к возрастным нормам или был нарушен не грубо, в то время как в группе подростков разброс значений был выше, от возрастной нормы до выраженных нарушений.

## ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ

Международная шкала продуктивности Leiter-3 была выбрана как подходящая широкому кругу испытуемых вне зависимости от уровня развития их речи [6]. Тест предназначен для оценки когнитивных функций и невербального интеллекта у детей старше 3 лет. Данная методика разрабатывалась для обследования глухих и слабослышащих, а также тех, кто не мог пройти тестирование из-за языкового барьера. В дальнейшем ее стали применять как для детей, так и для взрослых, имеющих самые разные нарушения развития (аутизм, задержка психического развития, трудности обучения и проч.), и для нормативно развивающихся людей, в том числе одаренных.

Основной особенностью теста является отсутствие не только заданий, тестирующих уровень речевого мышления, но и вербальных инструкций к заданиям, что делает его адекватным инструментом для обследования людей, испытывающих речевые трудности. Тест не предоставляет информации о развитии речевых функций и вербального интеллекта, однако позволяет оценить сильные и слабые стороны интеллектуального развития, которые могут быть замаскированы речевыми нарушениями.

Тест Leiter-3 рекомендуется применять в качестве объективного инструмента оценки интеллектуального развития людей с расстройством аутистического спектра (РАС), обследование которых стандартными вербальными тестами сильно затруднено [6, 10]. Простые в предъявлении и увлекательные задания облегчают тестирование этой группы испытуемых.

Третья версия шкалы Leiter появилась относительно недавно (официальная русскоязычная версия была опубликована в 2014 г.), но уже получила широкое применение при тестировании разных групп испытуемых, преимущественно в научных целях [9]. В практических целях методика используется реже из-за относительно высокой стоимости стимульных материалов и обучения, необходимого специалисту для проведения обследования. Важно отметить, что полноценной адаптации методики на российской выборке не проводилось, и вопрос о возможности ее применения в России требует дальнейшего изучения.

Третья версия теста не отличается кардинально от прежней, Leiter-R, но содержит ряд изменений,

**Таблица 1.** Выборка испытуемых

**Table 1.** Under test children and adolescents

Подгруппа испытуемых/Subgroup of subjects	Кол-во участников/Number of subjects
Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы (5–8 лет)	35 человек
Подростки с нарушениями эмоционально-волевой сферы (12–15 лет)	6 человек
ВСЕГО	41 человек

**Таблица 2.** Шкалы теста Leiter-3

**Table 2.** Test scales Leiter-3

Шкалы (Scales)	Назначение (Purpose)
Когнитивная батарея	Используется для оценки IQ
Батарея «Память и внимание»	Отдельная серия заданий, позволяющих оценить устойчивость внимания, возможность его распределения, оценку прогрессивной и регрессивной памяти
Экспертно-рейтинговая шкала	Стандартизованный опросник для оценки поведения во время тестирования

в частности возвращение исходной для Leiter формы предъявления заданий с помощью книги с рамкой, а также сокращение количества субтестов. Leiter-R включал множество субтестов, подходящих преимущественно для узких возрастных групп, в Leiter-3 отобрано лишь несколько из них, актуальных для максимально широкого возрастного диапазона испытуемых. Батарея Leiter-3 состоит из нескольких шкал, дополняющих друг друга, они представлены в табл. 2.

В рамках нашего исследования мы не использовали батарею «Память и внимание» ввиду сниженной работоспособности испытуемых. Дети были обследованы при помощи когнитивной батареи тестов и экспертно-рейтинговой шкалы.

Когнитивная батарея тестов состоит из четырех основных субтестов и одного дополнительного, который можно провести вместо любого из основных, например при непонимании инструкции или неоптимальном состоянии испытуемого.

Батарея включает задания, подразумевающие манипулирование предметами, задания в альбоме и задания в книге с рамкой. Манипуляции с предметами в основном сводятся к классификации или выкладыванию последовательностей по образцу. В альбоме ребенку нужно искать на картинке нужные предметы и их детали, в книге с рамкой — вставлять в рамку пластиковые блоки с изображениями так, чтобы они либо соответствовали картинкам в книге, либо продолжали последовательность.

Все инструкции предъявляются строго невербально, с помощью жестов и через показ правильного способа выполнения.

Батарея «Память и внимание» содержит 5 субтестов (устойчивость и распределение внимания, тест на прогрессивную и регрессивную память, анализ эффекта



Струпа). В нашем исследовании данная батарея не применялась.

Экспертно-рейтинговая шкала представляет собой опросник, заполняя который, экзаменатор оценивает поведение испытуемого во время исследования. В нее входят 2 субшкалы: «Когнитивно-социальная» и «Регуляция и эмоции». Полученные результаты дают понимание того, насколько испытуемый готов общаться с экзаменатором, продуктивно работать и насколько успешно он регулирует свои эмоции в ситуации тестирования/учебы/работы. Шкала позволит сравнить результаты тестирования с оценкой выраженности отклонений в популяции сверстников.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ LEITER-3

Как и следовало ожидать, при тестировании возник ряд серьезных проблем, связанных с эмоционально-волевыми нарушениями испытуемых. Ниже мы рассмотрим эти проблемы подробнее и расскажем, как нам удалось решить их при тестировании.

Мы опирались на идеи Брейдена и Эллиотта (J.P. Braden и S.N. Elliott) о том, что следует различать базовые навыки, влияющие на прохождение тестов (такие как слух, зрение, возможность сосредоточиться) и целевые навыки, на оценку которых направлен тест [11]. Авторы обращают внимание на то, что целью адаптации методики является снижение влияния базовых навыков на результат, но не помощь в решении заданий, требующих целевых навыков. Этого принципа мы строго придерживались, допуская вариации в процедуре проведения теста.

Трудности в установлении контакта и протест против новой ситуации возникали у большинства детей. Из-за этой особенности многие из них уже имели неудачный опыт прохождения стандартных тестов в медицинских учреждениях. Мы приняли решение проводить обследование в знакомом ребенку помещении, при необходимости — в сопровождении знакомого взрослого. Обследование обязательно было внесено в наглядное расписание занятий, которым пользуется ребенок в группе, чтобы он мог заранее настроиться, и ситуация тестирования не была неожиданной. В некоторых случаях экзаменатору приходилось заранее знакомиться с ребенком в день, когда обследование еще не планировалось. Также использовались награды за тестирование — подарок-наклейка или развлечение из числа любимых ребенком. В ряде случаев перед началом обследования требовалось нарисовать наглядный план, поясняющий, какие задания ждут ребенка, сколько их будет и когда будет перерыв. Иногда оказывалось важным, чтобы тестирование помещалось в расписании на месте учебного, но не игрового занятия. В итоге все дети успешно включились в тестирование и выполнили необходимые задания.

Сниженная работоспособность также не была принципиальным препятствием к обследованию.

Большинство испытуемых справлялось с тестом за 2, реже — за 3 занятия по 30 мин, проведенных в разные дни. Реже требовались 3–4 занятия по 10–15 мин, если ребенок быстро утомлялся. Иногда помогали короткие перерывы на игру и еду.

Неожиданной проблемой оказалась потеря контакта в отсутствие устного диалога. В этих условиях взрослый зачастую не может долго удерживать внимание ребенка, особенно если оно не соответствует возрасту. По всей видимости, голос взрослого и его интонации в большой мере служат привлечению внимания ребенка и настраивают его на совместную деятельность. В отсутствие этой поддержки испытуемые теряли интерес к тестированию, отвлекались, демонстрировали полевое поведение. Для успешного проведения обследования экзаменатору пришлось между заданиями одного субтеста поддерживать голосовой контакт, усиленный яркими интонациями: обсуждать мелкие бытовые вопросы, шутить, хвалить ребенка, не давая ему отвлекаться. При этом пришлось отойти от рекомендованной процедуры тестирования, предполагающей, что экзаменатор вообще не пользуется речью во время обследования. Тем не менее мы следили за тем, чтобы только поддерживать контакт, но не подсказывать ребенку решение задания.

Отчасти эта проблема связана с непониманием жестов и прочих невербальных сигналов детьми из данной выборки. Видимо, зачастую они ориентируются больше на вербальные инструкции, чем на мимику и жесты, и даже избегают смотреть в упор на малознамого человека [12, 13], поэтому невербальное предъявление иногда представляет проблему. В редких случаях приходилось предоставлять ребенку организующие вербальные подсказки: «посмотри, что я показываю», «я сейчас покажу, как надо делать», так как без них ребенок не следил за действиями экзаменатора.

Иногда допускались вербальные инструкции в нарушение протокола, но касались они формы ответа, а не содержания заданий. Например, испытуемый А., мальчик с сохранным интеллектом, как выяснилось по итогам обследования, и трудностями в коммуникации успешно начал находить в альбоме нужные изображения, но не показывал их пальцем, как это требуется, а подносил к ним карточки с образцом. Предусмотренное процедурой повторение и уточнение невербальной инструкции сбilo его: мальчик не понял, что именно делает не так. В итоге исследователь был вынужден спросить: «Ты понял, что нужно показывать пальцем?» Мальчик ответил: «Нет», — и тут же без подсказок выполнил серию подобных заданий с очень хорошими результатами.

Гораздо более очевидные трудности были связаны с быстрой потерей мотивации при столкновении с трудностями. Иногда дети реагировали на неудачи негативизмом и аффективными вспышками, даже в отсутствие внешних оценок, а чаще просто теряли интерес к заданиям, начинали давать ответы наугад. После этого вернуть их к добросовестному выполнению

зачастую не удавалось: так, ребенок уже не пытался сосредоточиться на инструкции к следующему субтесту, хотя задания нового субтеста были ему по силам. Чтобы избежать утраты интереса, мы были вынуждены сократить количество заданий, если несколько ответов подряд не были правильными. Это нарушение процедуры лишает испытуемого возможности выполнить более сложное задание, ошибившись в нескольких более простых, и таким образом получить более высокий балл. Тем не менее у детей из данной выборки потеря мотивации после нескольких ошибок наблюдалась почти во всех случаях и могла значительно повлиять на результаты тестирования, согласно имеющимся данным [14], поэтому процедуру пришлось скорректировать.

Локальную, но нередкую проблему представляет повышенный интерес к номерам блоков и карточек, из-за которого детям сложно работать с нумерованным стимульным материалом. В этой ситуации нам удавалось договориться с ребенком о том, что он сначала изучает блоки/карточки, в том числе выполняя свои стереотипные действия с ними (например, называет, записывает и т.п.), затем выполняет само задание, чтобы получить следующий нумерованный предмет. Важно, чтобы ребенок не имел физического доступа к материалам, кроме тех, которые нужны прямо сейчас, и для этого экспериментатору может понадобиться помощник.

Гораздо более широко были распространены в данной выборке трудности переключения внимания и стереотипии в деятельности, а также склонность сводить любое задание к поиску взаимно однозначного соответствия. Усвоив один способ действия со стимульным материалом, ребенок автоматически переносил его на следующее задание, не вникая в детали инструкции, и оказывался неуспешен, но уже не мог скорректировать свое поведение. Например, испытуемый от привычного и относительно простого для него задания на поиск взаимно однозначного соответствия должен перейти к продолжению последовательностей, оперируя стимульным материалом того же типа. Это оказалось сложным: большинство детей продолжили пытаться искать соответствие, игнорируя инструкцию. Выход в итоге был найден, и он состоял в изменении порядка предъявления субтестов. Задания с выкладыванием последовательностей оказалось эффективнее предъявлять раньше, чем задания на поиск взаимно однозначного соответствия. В итоге был подобран оптимальный и более-менее универсальный порядок проведения субтестов: «4–1–перерыв–3–2–(5)».

Тем не менее ряд проблем так и не удалось обойти. Так, известный «эффект дна» [6], состоящий в том, что тест оказывается малоинформативным, если полученный результат приближается к краю шкалы, не позволил оценить IQ подростков с выраженными нарушениями интеллекта. Испытуемые, успешно выполнившие по 1–3 самых простых задания из каждого субтеста, получили за них ноль стандартных баллов

(и показатель IQ  $\leq 30$  соответственно), так как нормативы для их возраста очень сильно отличаются от этого уровня. В итоге испытуемый не мог получить оценку, измеренную в стандартных баллах. При этом для многих подростков это был первый в их жизни успешный опыт выполнения заданий стандартного теста после множества неудач. Это было важно, тем более что тест содержит возможность использования шкал роста, которые позволяют оценить ментальный возраст ребенка и его динамику при повторном обследовании даже при крайне низких результатах. Таким образом, уровень познавательного развития этих подростков был измерен объективным и адекватным инструментом.

Следует отметить, что нередко наблюдалась другая картина: ребенок, имеющий, как считалось, грубые когнитивные нарушения, показывал хорошие результаты при тестировании, вплоть до нормативных для его возраста. Причиной этого явления, вероятно, стоит считать неравномерность развития, особенно часто наблюдаемую у детей с РАС и с нарушенным пониманием речи. Такие дети, не справляясь с элементарными речевыми инструкциями, могут при этом иметь сохранный во многом невербальный интеллект, для оценки которого методика Leiter-3 оказалась весьма эффективной.

Также нерешаемой проблемой оказалась невозможность использовать книгу с рамкой при тестировании детей, имеющих выраженные пространственные трудности. Зачастую такой ребенок успешно выкладывает последовательности в ряд, особенно при наличии внешних зрительных опор, и нами ожидалось, что он также будет успешен при выкладывании последовательностей в тесте. Однако задания теста подразумевают необходимость продолжить на столе последовательность, начало которой напечатано в книге, стоящей на столе почти вертикально. Выполнение таких заданий сложно дается детям с трудностями ориентировки в пространстве, даже при уверенном выполнении тех же операций в одной плоскости.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Наш опыт наглядно демонстрирует, что методика Leiter-3 может быть успешно использована для оценки уровня интеллектуального развития детей, имеющих выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы. Полученные показатели IQ хорошо согласовались с оценками интеллектуального развития обследованных детей, которые давали работающие с ними педагоги.

Важно учитывать, что речь идет о детях, имеющих успешный опыт познавательных занятий за столом, для которых формат обследования не оказался принципиально новым. Наши выводы не могут быть перенесены на группы детей, не имеющих такого опыта.

При обследовании рассмотренной выборки критически важным оказался индивидуальный подход к организации обследования, описанный выше, поскольку

без него большинство детей не были способны пройти тестирование. Такой подход может быть использован при тестировании других групп детей, имеющих схожие проблемы.

С большой осторожностью следует использовать результаты, полученные при тестировании с отклонениями от стандартной процедуры. Важно отразить в заключении и донести до родителей, что набранный ребенком высокий балл не гарантирует, что он проявит имеющиеся у него способности в другой ситуации, например при обучении в школе. Все дети, прошедшие обследование, получили низкие либо крайне низкие баллы по экспертно-рейтинговой шкале, отражающие дефицит саморегуляции, произвольного внимания и коммуникации, что указывает на значительные трудности в организации учебной деятельности. Иными словами, в менее благоприятных условиях ребенок не продемонстрирует тех результатов, которые показал при бережно проведенном тестировании. Также в заключении психолога и обратной связи с педагогом необходимо акцентировать внимание на том факте, что тест не несет информацию о речевом развитии, необходимую при выборе программы обучения.

Тем не менее применение Leiter-3 на этой выборке представляется нам ценным, поскольку позволяет выявить познавательный потенциал ребенка, недоступного обследованию многими другими методиками. При понимании таких ограничений полученные данные могут быть использованы в научных исследованиях, а также для построения программы психолого-педагогического вмешательства.

Большую ценность методика может иметь для тестирования подростков с выраженными нарушениями интеллекта и эмоционально-волевой сферы за счет шкал роста, несмотря на невозможность оценки IQ у этой группы испытуемых.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Заппелла М. Аутизм: диагностическая дилемма. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2022;122(6):71–76. doi: [10.17116/jnevro202212206171](https://doi.org/10.17116/jnevro202212206171)  
Zappella M. Autism: a diagnostic dilemma. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(6):71–76. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202212206171](https://doi.org/10.17116/jnevro202212206171)
2. МКБ-11 Implementation or Transition Guide, Geneva: World Health Organization; 2019; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Калмыкова НЮ, Либлинг ММ. Определение типологического варианта аутизма у дошкольников с помощью диагностики психоэмоционального развития. *Альманах Института коррекционной педагогики*. 2022;48. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-48/determination-of-the-typological-variant-of-autism-in-preschoolers-using-the-diagnos-tics-of-psycho-emotional-development> (дата обращения: 04.01.2023).
4. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 9: науч.-практ. сб. Сост. ИС Константинова, НА Мальцева. М.: Теревинф, 2017:214 с.  
Osobyj rebenok. Issledovaniya i opyt pomoshhi. Vyp. 9: nauch.-prakt. sb. Sost. IS Konstantinova, NA Mal'tseva. M.: Terevinf, 2017:214 p. (In Russ.).
5. Мамохина УА, Переверзева ДС, Тюшкевич СА, Хаустов АВ, Давыдова ЕЮ. Проблемы и перспективы реализации доказательного подхода в рамках деятельности региональных ресурсных центров по сопровождению лиц с РАС. *Аутизм и нарушения развития*. 2022;20(3):15–25.  
Mamokhina UA, Pereverzeva DS, Tyushkevich SA, Khaustov AV, Davydova YeYu. Problemy i perspektivy realizatsii dokazatel'nogo podkhoda v ramkakh deyatel'nosti regional'nykh resursnykh tsentrov po soprovozhdeniyu lits s RAS. *Autizm i narusheniya razvitiya*. 2022;20(3):15–25. (In Russ.).
6. Ройд ГХ, Миллер ЛДж, Помплан М, Кох К. Международные шкалы продуктивности Leiter-3, третье издание. Руководство. Русская версия под ред. А. Сорокина. Giunti Psychometrics, 2014.  
Roid GH, Miller LJ, Pomplun M, Koch C. Leiter international performance scale-third edition. Wood Dale, IL: Stoelting Company. 2013.
7. Глозман ЖМ, Соболева АЕ. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста. М.: Артопринт, 2014.  
Glozman ZhM, Soboleva AE. Neyropsikhologicheskaya diagnostika detey shkol'nogo vozrasta. M.: Artoprint, 2014. (In Russ.).
8. Лисина МИ. Общение, личность и психика ребенка. Под ред. АГ Рузской. М.: Институт практической психологии, 1997.  
Lisina MI. Obshcheniye, lichnost' i psikhika rebenk. Pod red. AG Ruzskoy. M.: Institut prakticheskoy psikhologii, 1997. (In Russ.).
9. Siegel M, Smith KA, Mazefsky C, Gabriels RL, Erickson C, Kaplan D, Morrow EM, Wink L, Santangelo SL; Autism and Developmental Disorders Inpatient Research Collaborative (ADDIRC). The autism inpatient collection: methods and preliminary sample description. *Mol Autism*. 2015;6:61. doi: [10.1186/s13229-015-0054-8](https://doi.org/10.1186/s13229-015-0054-8) PMID: 26557975; PMCID: PMC4640153.
10. Сорокин АБ. Нарушения интеллекта при расстройствах аутистического спектра [Электронный ресурс]. *Современная зарубежная психология*.

- 2018;7(1):38–44. [https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2022\\_n3/Mamokhina\\_et\\_al](https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2022_n3/Mamokhina_et_al)
- Sorokin AB. Narusheniya intellekta pri rasstroystvakh autisticheskogo spektra [Elektronnyy resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*. 2018;7(1):38–44. (In Russ.). [https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2022\\_n3/Mamokhina\\_et\\_al](https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2022_n3/Mamokhina_et_al)
11. Braden JP, Elliott SN. Accommodations on the Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition. 2023.
  12. Никольская ОС, Баенская ЕР, Либлинг ММ. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2021. Nikolskaya OS, Bayenskaya YeR, Libling MM. Autichnyy rebenok. Puti pomoshchi. M.: Terevinf, 2021. (In Russ.).
  13. Гринспен С, Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления: пер. с англ. А.А. Ильина-Томича. 4-е изд. М.: Теревинф, 2016.
  - Greenspan S, Wieder S. Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children Relate, Communicate and Think. Perseus Books, 2003. (In Russ.).
  14. Koegel LK, Koegel RL, Smith A. Variables related to differences in standardized test outcomes for children with autism. *J Autism Dev Disord*. 1997;27(3):233–243. doi: [10.1023/a:1025894213424](https://doi.org/10.1023/a:1025894213424) PMID: 9229256.
  15. Международная шкала продуктивности Лейтер-3 — третье издание, сайт правообладателя. <https://stoeltingco.com/Psychological-Testing/Leiter-International-Performance-Scale-Third-Edition-Leiter-3-Kit-in-Rolling-Backpack-9712> Leiter International Performance Scale — Third Edition, site of the copyright holder. (In Russ.). <https://stoeltingco.com/Psychological-Testing/Leiter-International-Performance-Scale-Third-Edition-Leiter-3-Kit-in-Rolling-Backpack-9712>

#### Сведения об авторах

Людмила Владимировна Егорова, клинический психолог, педагог-психолог, РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-0192-3416>

[bel-duh@yandex.ru](mailto:bel-duh@yandex.ru)

Евгения Борисовна Данилова, психолог, РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0004-0928-6794>

[gedani@yandex.ru](mailto:gedani@yandex.ru)

#### Information about the authors

Liudmila V. Egorova, Clinical Psychologist, Educational Psychologist, Center of Curative Pedagogics, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-0192-3416>

[bel-duh@yandex.ru](mailto:bel-duh@yandex.ru)

Eugeniya B. Danilova, Psychologist, Center of Curative Pedagogics, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0004-0928-6794>

[gedani@yandex.ru](mailto:gedani@yandex.ru)

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Дата поступления 30.11.2022  
Received 30.11.2022

Дата рецензии 11.02.2023  
Revised 11.02.2023

Дата принятия 15.02.2023  
Accepted for publication 15.02.2023